

BESLISSING OP BEZWAAR**139206-208240**

Bij brief en fax van 7 augustus 2015 is door AKD namens de volgende zorgaanbieders pro forma bezwaar gemaakt:

1. Stichting Synergos
2. Stichting SHL-Groep
3. Stichting Diagnostisch Centrum & Trombosedienst Ziekenhuis Bernhoven
4. Stichting DCA
5. Stichting MRI Diagnostiek (hierna: bezwaarden)

Het bezwaar richt zich tegen de Prestatie- en tariefbeschikking DOT 2016 met kenmerk TB/CU-2047-01 d.d. 30 juni 2015.

Op 16 september 2015 heeft AKD namens bezwaarden het bezwaarschrift nader gemotiveerd. Naar aanleiding van dit bezwaar zijn belanghebbenden op 6 oktober 2015 gehoord. Ter hoorzitting heeft de heer [vertrouwelijk...] van Aduard BV, naast gemachtigde AKD, namens bezwaarden het woord gevoerd.

In haar vergadering van 17 november 2015 heeft de Raad van Bestuur van de NZa het besluit van 30 juni 2015 in heroverweging genomen. De NZa heeft besloten de bezwaren gericht tegen de tarieven voor radiologie 2016 opgenomen in dit besluit niet te herroepen en ongewijzigd in stand te laten. De op 17 november 2015 vastgestelde nieuwe Prestatie- en tariefbeschikking DOT 2016, maakt voor dit onderwerp, onderdeel uit van deze beslissing op bezwaar.¹ Onderstaand treft u de motivering hiervan aan.

DE AANGEVOERDE BEZWAREN

Het bezwaar richt zich tegen de tarieven voor de beeldvormende diagnostiek, meer specifiek tegen de prestaties 080001 tot en met 089879.

Volgens bezwaarde zijn de tarieven onzorgvuldig tot stand gekomen waardoor zij geen stand kunnen houden.

Bezwaarde verwijst hierbij naar een eerder gevoerde bezwaarprocedure inzake de tarieven beeldvormende diagnostiek 2014. De NZa heeft in die procedure ervoor gekozen de toen vastgestelde tarieven – naar aanleiding van het bezwaarschrift - trendmatig aan te passen waarmee feitelijk tegemoet werd gekomen aan het bezwaar. Ook nu zouden de tarieven gebaseerd zijn op vergelijkbare fouten waardoor aanpassing voor de hand zou liggen.

Gronden van het bezwaar

Het kostprijsonderzoek dat ten grondslag ligt aan de tarieven 2016 bevat naar het oordeel van bezwaarden vergelijkbare fouten als het onderzoek dat ten grondslag lag aan de tarieven 2014. De tarieven 2014 zijn naar aanleiding van een bezwaarschrift aangepast.

¹ Prestatie- en tariefbeschikking Medisch specialistische zorg d.d. 17 november 2015 met kenmerk TB/CU-2066-01

Er is sprake van stelselmatige onvolkomenheden en omissies en daarmee structureel te lage prijzen.

Het bezwaarschrift laat zich als volgt kort samenvatten.

Grond 1: Het besluit is onzorgvuldig voorbereid – te weinig data

- Er zijn geen werkelijk gerealiseerde volumes aangeleverd. De NZa had op basis van de incomplete dataset geen tarieven mogen vaststellen.
 - Het totaal aantal MRI-onderzoeken uit de dataset bedraagt 80.733. Op basis van gegevens van het RIVM zijn er in 2013 tenminste 830.000 MRI's gedaan.
 - Het aantal CT-onderzoeken in de kostprijsberekening bedraagt 97667, ofwel 1356 per ziekenhuis. Dat is een evidente misslag.

Grond 2: Het besluit is onzorgvuldig voorbereid – de aangeleverde kostprijsgegevens kunnen niet kloppen

- De nadere regel NR/CU-261 schiet tekort. Een nauwkeurige omschrijving van de wijze waarop de kostprijzen vastgesteld moeten worden ontbreekt. Hierdoor is er sprake van een gebrekkige kostprijsberekening die tot irreële kostprijzen leidt.
 - Het honorarium is in 24% van de aangeleverde kostprijsregels niet voor een reeel bedrag meegenomen.
 - Er is geen verklaring voor de soms opvallend hoge negatieve kosten. Deze aanleveringen zouden uit de dataset moeten worden verwijderd. Omdat dit tot onbruikbare kostprijzen leidt.
 - Er heeft geen specifieke toerekening plaatsgevonden van kosten naar diagnostiek. De nadere regel legt de lat niet hoger dan dat de instelling intern consistent is met het toerekenen van kosten. Door het ontbreken van externe consistentie ontbreekt de mogelijkheid om ze zinvol met elkaar te vergelijken.
 - De eenmalige kosten zijn niet juist verdisconteerd. Uit de opgegeven kostprijzen blijkt dat er geen onderscheid is gemaakt tussen aanvragen van de eerste lijn en van de tweede lijn. Eenmalige kosten uit de eerste lijn zijn hierdoor nooit volledig verdisconteerd in een OP tarief. Daarmee komen de tarieven te laag uit en bieden zij geen dekking voor de kosten.

Grond 3: het toepassen van het gewogen gemiddelde principe is onder de huidige omstandigheden principieel onjuist.

- Het schort aan vergelijkbaarheid van de gegevens.
- In casu bestaat de kostprijs voor een groot deel uit vaste kosten. Investerings in nieuwe, duurdere apparatuur of een suboptimale bezetting van apparatuur wordt dan niet meer gefaciliteerd door de tariefstelling.
- Ziekenhuizen hebben een breder pallet aan zorgactiviteiten en sluiten veelal gedifferentieerde plafondafspraken met zorgverzekeraars. Ziekenhuizen kunnen hierdoor een lager tarief compenseren met een hoger tarief.

Bezwaarden verzoeken de NZa het bezwaar gegrond te verklaren met een vergoeding van de door haar gemaakte kosten in bezwaar. Als alternatief stellen zij voor dat de NZa tarieven vaststelt die onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars mogelijk maakt die daarbij innovatie en investeringen niet bij voorbaat uitsluiten.

ACHTERGROND EN TOTSTANDKOMING BELEID NZa

Alvorens in te gaan op de gronden van bezwaar wordt eerst de achtergrond en totstandkoming van het beleid geschetst.

Historie

Naar aanleiding van de herijking op basis van de kostprijsaanleveringen over het jaar 2012 zijn de tarieven voor de overige zorgproducten beeldvormende diagnostiek in 2014 met 16% gedaald (RZ14a) ten opzichte van de tarieven van 2013. Enkele zorgaanbieders en ZKN hebben tegen dit besluit bezwaar aangetekend. De NZa heeft naar aanleiding hiervan de zelfstandige MRI-centra (eerstelijns diagnostische centra) gevraagd om hun kostprijzen 2012 alsnog aan te leveren, aangezien voor hen de aanleververplichting van kostprijzen over 2012 niet gold.

Bij vaststelling van de update van het DBC-pakket 2014 (RZ14b) zijn de kostprijzen van deze MRI-centra meegenomen in de tariefberekening. Dit heeft geleid tot een beperkte opwaartse bijstelling van de tarieven voor de MRI-prestaties van ongeveer 2%. Deze beperkte aanpassing was verklaarbaar aangezien de mediaan werd gehanteerd en de zelfstandige MRI-centra een klein aandeel vormen van het totaal aantal instellingen dat deze zorg levert. In de RZ14c zijn de MRI-tarieven, mede naar aanleiding van het bezwaarschrift van ZKN, teruggezet op het niveau 2013 met een indexering naar 2014.

Wettelijk kader

Tarief- en prestatieregulering Wmg

Op zorgaanbieders die medisch specialistische zorg verlenen zoals belanghebbenden is de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) van toepassing. In de Wmg is bepaald dat de NZa in een beschikking ten behoeve van het rechtsgeldig in rekening kunnen brengen van een tarief vastlegt of sprake is van een vrij tarief, vast tarief of een maximumtarief en welke prestatie er bij het tarief hoort.²

Het is een zorgaanbieder verboden om een hoger tarief in rekening te brengen dan door de NZa voor een prestatie is vastgesteld.³ Ook is het een zorgaanbieder verboden om een tarief in rekening te brengen voor een prestatie waarvoor de NZa geen of een andere prestatiebeschrijving heeft vastgesteld.⁴

² Art. 50 lid 1 onder a t/m d Wmg.

³ Art. 35 lid 1 onder a en b Wmg.

⁴ Art. 35 lid 1 onder c en d Wmg.

Als de NZa voor een bepaalde categorie van zorgaanbieders met betrekking tot een bepaalde prestatie voor het eerst een tarief vaststelt, is daaraan voorafgaand een aanwijzing van de minister van VWS vereist.⁵ Ook als de tariefsoort wordt gewijzigd (bijvoorbeeld van maximumtarief naar vrij tarief), is een voorafgaande aanwijzing nodig.⁶ De minister heeft meerdere aanwijzingen aan de NZa gegeven.⁷

Beleidsregels en Nadere Regels

De NZa stelt beleidsregels vast over het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.⁸ Voor de onderhavige procedure is de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg⁹, de Beleidsregel Kostprijsmodel zorgproducten medisch specialistische zorg¹⁰, de Nadere Regel Medisch specialistische zorg¹¹ en de Nadere Regel registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg¹² van belang.

De Beleidsregel Kostprijsmodel zorgproducten medisch specialistische zorg geeft inzicht in de wijze waarop de NZa informatie over de kostprijzen vergaart en de wijze waarop zij de kostprijzen laat berekenen door instellingen. De Nadere Regel beschrijft algemene registratie- declaratie- en informatieverplichtingen die bindend zijn voor alle zorgaanbieders. De Nadere Regel Registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg legt instellingen op hoe ze hun administratie dienen in te richten en hoe ze kostprijzen dienen aan te leveren.

Op basis van de uitgangspunten, beschreven in de Beleidsregel Prestatie en tarieven medisch specialistische zorg stelt de NZa prestaties en tarieven vast. Deze prestaties en tarieven worden vastgesteld in de "Prestatie en tariefbeschikking DOT".¹³ Het bezwaar richt zich tegen deze tariefbeschikking en meer specifiek tegen de tarieven voor de beeldvormende diagnostiek (BVD).

Overig Zorgproduct

De Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg maakt onderscheid tussen DBC-zorgproducten en Overige zorgproducten.¹⁴

⁵ Art. 59a onder a jo. art. 7 lid 1 onder b Wmg.

⁶ Art. 59a onder b jo. art. 7 lid 1 onder b Wmg.

⁷ Aanwijzing d.d. 25 juli 2011, kenmerk MC-U-3070826, d.d. 30 augustus 2011, kenmerk MC-U-3078436, 26 juni 2012, kenmerk MC-U-3119631, 21 mei 2014, kenmerk 371987-120847-MC,

⁸ Art. 57 lid 1 sub b en c Wmg.

⁹ Beleidsregel prestaties en tarieven medisch specialistische zorg nummer BR/CU-2143.

¹⁰ Beleidsregel Kostprijsmodel zorgproducten medisch specialistische zorg met nummer BR/CU-2144.

¹¹ Nadere regel Regeling Medisch specialistische zorg met nummer NR/CU-263.

¹² Nadere Regel Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg, NR/CU-261

¹³ Prestatie- en tariefbeschikking DOT, d.d. 30 juni 2015, met kenmerk TB/CU-2047-01.

¹⁴ Zie artikel 7 e.v. van Beleidsregel prestaties en tarieven medisch specialistische zorg BR/CU-2143.

Onder een Overig zorgproduct (OZP) wordt verstaan:

*'Een prestatie binnen de medisch specialistisch zorg, niet zijnde een DBC-zorgproduct. Overige zorgproducten zijn per 2013 onderverdeeld in vier hoofdcategorieën: supplementaire producten, eerstelijnsdiagnostiek (ELD), paramedische behandeling en onderzoek, en overige verrichtingen.'*¹⁵

De OZP's behoren grotendeels tot het gereguleerde segment. De onderhavige tarieven voor de beeldvormende diagnostiek vallen in de categorie 'overige zorgproducten' en vallen binnen het gereguleerde segment. De NZa stelt hier (integrale) maximumtarieven voor vast.

Tariefberekening volgens NZa kostprijsmodel

De NZa heeft de tarieven vastgesteld op basis van het NZa-kostprijsmodel.¹⁶ Op basis van de Nadere Regel Registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg zijn onder andere algemene ziekenhuizen, UMC's, huisartsenlaboratoria (EDC's) en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) verplicht gesteld om voor 1 februari 2015 kostprijzen over 2013 aan te leveren.¹⁷ Deze kostprijsinformatie vormt in beginsel de basis voor herijking van de tarieven van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten in het gereguleerde segment voor het jaar 2016 conform het kostprijsmodel. In de productprijsberekening wordt voor alle kostencategorieën uitgegaan van werkelijke kosten.

Tariefberekening bij productstructuurwijzigingen

De door instellingen aangeleverde kostprijzen over 2013 zijn gebaseerd op de productstructuur 2013. Deze kostprijzen kunnen alleen worden gebruikt als basis voor de maximumtarieven in 2016 indien deze zorgproducten medisch inhoudelijk niet zijn gewijzigd na 2013. Voor zorgproducten die voor het laatst zijn gewijzigd per 2014 of per 2015 heeft de NZa bepaald dat de tarieven 2015 enkel worden geïndexeerd naar het prijspeil 2016.¹⁸ Reden hiervan is dat van de gewijzigde producten nog geen kostprijsinformatie beschikbaar is.

In 2016 zijn er 128 prestaties die vallen binnen de groep 'beeldvormende diagnostiek'. Voor 110 van deze prestaties heeft de NZa de aangeleverde kostprijzen 2013 kunnen gebruiken voor de bepaling van de tarieven 2016 aangezien deze prestaties sinds 2013 niet inhoudelijk zijn gewijzigd. Van de overige 18 prestaties zijn er 4 prestaties in 2014 of 2015 gewijzigd. Voor deze 4 prestaties zijn de tarieven 2015 geïndexeerd om tot het tarief 2016 te komen. De resterende 14 prestaties zijn nieuw per 2016. De tarieven voor deze prestaties zijn bepaald aan de hand van donormapping.

¹⁵ Zie artikel 7 van Beleidsregel prestaties en tarieven medisch specialistische zorg BR/CU-2143.

¹⁶ Zie artikel 12 van de beleidsregel BR/CU-2143.

¹⁷ Zie artikel 8.3 Nadere Regel met kenmerk NR/CU-261

¹⁸ Zie artikel 1.5 en 1.6 van bijlage 1 bij de beleidsregel BR/CU-2143

Donormapping-methode

Bij het bepalen van tarieven voor producten waar productstructuurwijzigingen per 2016 plaatsvinden, heeft de NZa de zogenaamde conversiemethode toegepast. De integrale productiewaarde van de aangeleverde kostprijzen over 2013 dient hierbij als basis. Vervolgens wordt een vergelijking gemaakt van deze productiewaarde met de nieuwe productstructuur voor 2016. Indien er echter onvoldoende trajecten in de productiedataset aanwezig waren, heeft de NZa de donormapping-methode gebruikt om het tarief te berekenen. Bij deze methodiek wordt het tarief van een medisch inhoudelijk vergelijkbaar zorgproduct overgenomen.

Voor 14 prestaties binnen de groep beeldvormende diagnostiek heeft de NZa het tarief vastgesteld aan de hand van de donormapping-methode.

Gewogen gemiddelde

In de tariefberekening voor de tarieven 2014 en 2015 vormde de mediaan van de aangeleverde kostprijzen het uitgangspunt. Voor de berekening van de tarieven per 2016 is het gewogen gemiddelde van de aangeleverde kostprijzen toegepast. Voordeel hiervan is dat deze methode minder gevoelig is voor uitbijters bij een klein aantal waarnemingen en dat instellingen met lage productieaantallen geen (te) grote invloed op de hoogte van het tarief hebben. Ook wordt geborgd dat de totale verwachte omzet aansluit bij de aangeleverde kosten (productiewaarde) van instellingen.

Beoordeling en verantwoording DBC-pakket 2016 (16a)

In het document Beoordeling en verantwoording DBC-pakket 2016 wordt de tariefberekening van zorgprestaties verantwoord en beoordeeld.¹⁹

OORDEEL NZa**Ten aanzien van de gronden van bezwaar**Grond 1: Het besluit is onzorgvuldig voorbereid – te weinig data

Bezwaarden menen dat de NZa de onderhavige tarieven niet zou hebben gebaseerd op de werkelijk gerealiseerde aantallen en dat daarmee het besluit onzorgvuldig zou zijn voorbereid. Zij maakt daarbij de verwijzing naar cijfers van het RIVM.

De NZa merkt hierover op dat zij voor de vaststelling van de tarieven voor de onderhavige prestaties zich heeft gebaseerd op de aanleveringen van kostprijzen van deze betreffende prestaties. Zowel algemene ziekenhuizen, UMC's als huisartsenlaboratoria (EDC's) en ZBC's hebben kostprijzen aangeleverd. Deze aanleveringen sluiten aan bij de gedeclareerde aantallen in Vektis.

¹⁹ Beoordeling en verantwoording DBC-pakket 2016 (RZ16a) met ingangsdatum 1 januari 2016, d.d. juli 2016

De verwijzing die bezwaarden maken naar de cijfers van het RIVM gaat niet op omdat de in bezwaar aangevochten tarieven alleen overige zorgproducten (OZP's) betreffen. De cijfers van het RIVM geven een totaal overzicht van alle MRI prestaties, ook van die MRI prestaties die onderdeel uitmaken van een DBC-zorgproduct. Voor DBC's wordt op DBC niveau (waarbij een MRI als zorgactiviteit onderdeel kan uitmaken van de totaal geleverde zorgprestatie) een kostprijs aangeleverd en niet op zorgactiviteit niveau (bijvoorbeeld een enkele MRI prestatie). De NZa acht de gebruikte set van aangeleverde kostprijsgegevens derhalve als voldoende representatief om haar tarieven op te baseren. Hetzelfde geldt voor het gestelde ten aanzien van het aantal CT-onderzoeken.

Grond 2: Het besluit is onzorgvuldig voorbereid – de aangeleverde kostprijsgegevens kunnen niet kloppen

De Raad van Bestuur van de NZa heeft op 3 april 2012 besloten om het nieuwe kostprijsmodel voor medisch specialistische zorg vast te stellen inclusief bijbehorende regelgeving.²⁰ Hieruit volgden verplichtingen voor veldpartijen om kostprijzen aan te leveren per 2013 over het jaar 2012. Deze kostprijsgegevens werden voor het eerst gebruikt voor de bepaling van de kostdelen van de DOT-tarieven van gereguleerde zorgproducten in 2014. Het kostprijsmodel is in nauwe samenwerking en afstemming met het veld tot stand gekomen.

De NZa beoogt met het kostprijsmodel tarieven vast te stellen op basis van de werkelijke kosten van instellingen. Instellingen zijn daarom vanaf 2012 verplicht om volgens het nieuwe kostprijsmodel gegevens te administreren waarbij de administratieve belasting van partijen wordt beperkt door zoveel mogelijk aan te sluiten bij de praktijk van kostprijsberekeningen in instellingen. Hierbij geldt dat het totaal van de aan de zorgproducten toegekende kostprijzen niet mag afwijken van de totale kosten die aan de kostendragers zijn toegerekend en dat er aansluiting dient te worden gemaakt met de jaarrekening.

De NZa heeft in de Beleidsregel Kostprijsmodel zorgproducten medisch specialistische zorg vastgelegd welke uitgangspunten zijn hanteert bij de kostprijsberekening. Door uit te gaan van de nacalculatorische kostprijzen op zorgproductniveau streeft de NZa naar zo herkenbaar en stabiel mogelijke kostprijzen als basis voor de tarieven.

De Nadere Regel Registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg²¹ schrijft voor hoe instellingen hun administratie dienen in te richten. De instellingen dienen hun verdelingen en toewijzingen van kosten aan kostendragers op causale relaties te baseren. De keuze van kostendragers heeft de NZa daarbij expliciet ter vrije keuze aan de instellingen gelaten mits deze zijn te herleiden naar een controleerbare registratie/administratie. De accountant dient hierbij een controle uit te voeren op de jaarrekening en de toewijzing.

²⁰ Beleidsregel Kostprijsmodel zorgproducten medisch specialistische zorg BR/CU-2069 en nadere regel Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg NR/CU-235.

²¹ NR/CU-261

In tegenstelling tot de tarieven 2014 zijn de tarieven 2016 gebaseerd op een grotere populatie. Naast de algemene ziekenhuizen en UMC's zijn per 2016 onder andere ook de ZBC's en huisartsenlaboratoria (EDC's) aan de reikwijdte van de regeling toegevoegd.

Ziekenhuizen en UMC's kunnen een breder pallet aan zorgactiviteiten leveren dan andere instellingen voor medisch specialistische zorg en sluiten mogelijk plafondafspraken met zorgverzekeraars. Bezwaarden stellen dat ziekenhuizen en UMC's hierdoor te lage tarieven kunnen compenseren met hogere tarieven (uit het vrije segment). Verder stellen bezwaarden dat ziekenhuizen en UMC's geen enkele prikkel zouden kennen om hun kosten nauwkeurig toe te rekenen.

De NZa deelt deze standpunten niet. Alle instellingen voor medisch specialistische zorg – dus ook ziekenhuizen en UMC's – zijn op grond van de Nadere Regel Registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg verplicht hun kostprijzen over 2013 over het gereguleerde segment aan te leveren conform de regels van de NZa zoals hierboven beschreven en te voorzien van een rapport van bevindingen van een externe accountant. Daar komt bij dat ook ziekenhuizen op afdelingsniveau binnen hun organisatie kijken. Ook binnen ziekenhuizen wordt gestreefd naar kostendekkende exploitaties per afdeling of specialisme dan wel zijn er resultaatverantwoordelijke eenheden.

De accountantsrapporten zijn door de NZa beoordeeld. Wanneer uit de bevindingen van de accountant blijkt dat onvoldoende gewaarborgd wordt dat de kostprijsinformatie conform de regelgeving tot stand is gekomen, worden de kostprijzen van de betreffende instelling door de NZa geheel uitgesloten van de tariefberekening omdat zonder een als voldoende beoordeelde accountantsverklaring de NZa de aangeleverde kostprijzen niet van voldoende kwaliteit acht om deze mee te nemen in de bepaling van de tarieven.

Op de aangeleverde kostprijsinformatie, van de instellingen met een door de NZa als goed beoordeeld rapport van bevindingen, is vervolgens een uitbijteranalyse uitgevoerd op instellingsniveau en zorgproductniveau. De NZa heeft naar aanleiding van deze analyse op instellingsniveau geen gronden aanwezig geacht om op voorhand instellingen geheel uit te sluiten van de tariefberekening. De analyse op zorgproductniveau heeft wel geleid tot het uitsluiten van kostprijsinformatie van instellingen op zorgproductniveau.

Daarna heeft de NZa per productgroep de productiewaardeontwikkeling en tariefmutaties beoordeeld. Voor de beeldvormende diagnostiek producten daalt de productiewaarde met 11% ten opzichte van de productiewaarde uit de 14c release (tarieven 2014) en 15% ten opzichte van de 2015 tarieven. De beeldvormende diagnostiek producten vallen onder de Eerstelijns Diagnostiek. De NZa merkt op dat de tarieven voor 'Eerstelijns Diagnostiek', met uitzondering van de beeldvormende diagnostiek, met ingang van 2014 al herijkt zijn. Gemiddeld genomen zijn de tarieven voor Eerstelijns Diagnostiek toen ook met 15% gedaald.²²

²² Zie Beoordeling updaterelease DOT 2014 (RZ14c), paragraaf 3.7.

De NZa heeft in deze cijfers toen geen aanleiding gezien om nadere analyses te moeten uitvoeren of de tarieven in afwijking van het beleid vast te moeten stellen. De huidige cijfers ten aanzien van de beeldvormende diagnostiek geven hiertoe eveneens geen aanleiding.

Voor de aangeleverde kostprijzen heeft de NZa ook de homogeniteit beoordeeld om inzicht te krijgen in de onderlinge spreiding van de kostprijsaanleveringen. De mate van kostenhomogeniteit wordt uitgedrukt in een CV-waarde. Hoe lager deze waarde hoe homogener de aangeleverde kostprijzen zijn. De NZa heeft hierbij een norm van 0,5 gehanteerd. Voor de categorie beeldvormende diagnostiek is de gemiddelde CV-waarde 0,31. Tussen verschillende categorieën aanbieders varieert de CV-waarde licht, tussen de 0,30 en de 0,37.

Uit de analyses volgt dat de homogeniteit van de aangeleverde kostprijzen voldoende robuust is, waardoor de kostprijzen van verschillende aanbieders met elkaar te vergelijken zijn. Daarnaast is de spreiding van de kostprijzen beperkt en de verschillende type instellingen zitten op totaalniveau dicht rondom het gemiddelde. De algemene ziekenhuizen, UMC's en ZBC's laten een kosten-opbrengsten ratio²³ zien die dicht in de buurt ligt van 1. Enige uitzondering zijn de Eerstelijns Diagnostische Centra (EDC's) met een kosten-opbrengsten ratio van 1,22. De EDC's hebben echter een landelijk marktaandeel van slechts (ongeveer) 2,5%.

Gezien het zeer beperkte marktaandeel van de EDC's en het feit dat de overige zorgaanbieders van beeldvormende diagnostiek producten met hun kosten-opbrengsten ratio dicht in de buurt van 1 liggen, ziet de NZa geen aanleiding om de tarieven voor de onderhavige producten in afwijking van het kostprijsmodel vast te stellen. Voor 97,5% van de landelijke markt zijn de tarieven gemiddeld genomen kostendekkend.

Hierboven is weergegeven dat de NZa de aangeleverde kostprijzen en concepttarieven nauwkeurig analyseert voordat zij de tarieven definitief vaststelt. Zij heeft hierbij onder andere gekeken naar de homogeniteit, onderlinge spreiding en representativiteit van de gegevens. De analyses zijn ook uitgevoerd voor de vaststelling van de onderhavige tarieven. De productiewaarde muteert met 11% en de tarieven kennen gemiddeld een lage CV-waarde van 0,31. De uitgevoerde analyses geven derhalve geen aanleiding om af te wijken van de methodiek van tariefberekening.

Ten aanzien van het gestelde omtrent het feit dat de kostprijsgegevens niet kunnen kloppen, merkt de NZa het volgende op.

²³ Een kosten-opbrengsten ratio wordt berekend door de kostprijs van een zorgaanbieder te vergelijken met de gewogen gemiddelde kostprijs van alle aangeleverde kostprijzen. Indien de kosten-opbrengsten ratio kleiner is dan 1, dan betekent dit dat de kosten geheel te dekken zijn vanuit de tariefopbrengsten.

De aangeleverde kostprijzen zijn per kostprijs onder te verdelen in dertien kostencategorieën.²⁴ Indien de NZa alle aangeleverde kostprijsgegevens zou analyseren op het niveau van iedere kostendrager afzonderlijk, zou dit neer komen op het analyseren van meer dan 700.000 gegevens. Nog daargelaten dat de NZa bewust de keuze van kostendragers heeft vrijgelaten aan de instellingen en daarmee geen nadere normen heeft vastgesteld om deze gegevens op dit niveau te analyseren, acht zij het gezien de lage CV-waarde (0,31) en geringe mutaties ook niet proportioneel en noodzakelijk dergelijke analyses uit te voeren.

Bezwaarden zijn van mening dat de vergelijkbaarheid van de kostprijsgegevens zou kunnen worden bevorderd door nauwkeurige omschrijving van de wijze waarop de kostprijzen vastgesteld moeten worden.

De NZa merkt hierover op dat hierboven reeds is aangegeven dat het onderhavige kostprijsmodel in nauwe samenwerking met het veld tot stand is gekomen. Mede in verband met een grote administratieve belasting voor het veld is er bewust voor gekozen aan te sluiten bij de algemeen gangbare praktijk van de kostprijsberekening binnen de instellingen. De keuze van kostendragers is daarbij ter vrije keuze aan het veld gelaten mits deze zijn te herleiden naar een controleerbare administratie/registratie. Op het niveau van de kostendragers zijn dan ook geen normen vastgesteld door de NZa zodat een dergelijke analyse op dit niveau ook niet kan worden uitgevoerd. De NZa is dan ook van oordeel dat een stelling omtrent het goed of fout zijn van een aanlevering, beoordeelt op het niveau van een enkele kostendrager, niet ingenomen kan worden.

Conclusie:

De NZa ziet geen gronden aanwezig de tarieven voor beeldvormende diagnostiek in afwijking van het kostprijsmodel op een ander tarief vast te stellen noch dat haar besluit onzorgvuldig zou zijn voorbereid.

Grond 3: Gewogen gemiddelde

Voor de tariefberekening heeft de NZa het gewogen gemiddelde principe toegepast. Hiermee wordt geborgd dat instellingen met lage productieaantallen geen (te) grote invloed op de hoogte van het tarief zullen hebben en dit is minder gevoelig voor uitbijters bij een klein aantal waarnemingen. Daarnaast borgt dit dat de totale verwachte omzet aansluit bij de aangeleverde kosten (productiewaarde) van instellingen. Het maximum tarief dat op basis van dit principe tot stand komt, vormt een reële afspiegeling van het gangbare kostenniveau en is gemiddeld genomen kostendekkend.

Uit het voorgaande volgt dat de NZa van mening is dat zij, gezien de lage CV-waarde van de kostprijsgegevens van de aangeleverde instellingen, de gegevens kan gebruiken om tot berekening van de tarieven te komen. Dat de gegevens derhalve niet vergelijkbaar met elkaar zouden zijn, ziet de NZa niet in.

²⁴ Artikel 8.6 Nadere regel NR/CU-261.

Voor zover bezwaarders stellen dat deze methodiek bezwaren ontmoet indien de kostprijs voor een groot deel uit vaste kosten bestaat, merkt de NZa op dat, conform de regeling NR/CU-261 alle vaste kosten die causaal verband houden met de geleverde zorg meegenomen dienen te zijn in de kostprijsaanlevering. Derhalve zijn ook deze kosten meegenomen in de vaststelling van de tarieven.

Tot slot zou uit de opgegeven kostprijzen blijken dat er geen onderscheid is gemaakt tussen aanvragen van de eerste lijn en van de tweede lijn. Eenmalige kosten uit de eerste lijn zijn daarmee nooit volledig verdisconteerd in de tarieven voor de beeldvormende diagnostiek.

De NZa merkt hier ten eerste over op dat ook ziekenhuizen radiologische zorgproducten op aanvraag van de eerstelijns leveren (dus als OZP). Zij hebben dan ook te maken met dezelfde eenmalige kosten. Het bezwaar ziet op de tarieven voor beeldvormende diagnostiek producten. Dit betreffen overige zorgproducten (OZP) en geen DBC's. Aanvragen uit de tweede lijn leiden over het algemeen tot het uitvoeren van zorgactiviteiten die onderdeel uitmaken van een DBC. Het betreffen doorgaans geen OZP's. Het door bezwaarde hieromtrent gestelde gaat dan ook niet op. Ten overvloede merkt de NZa daarnaast nog op dat voor radiologische producten die onderdeel zijn van een DBC (als zorgactiviteit) ook 'kosten' gemaakt worden. Ook voor deze zorgactiviteiten moet geregistreerd worden voor welke patiënt welke activiteit uitgevoerd wordt en moet de uitslag aan de 'aanvrager' (in dit geval intern) teruggekoppeld worden.

Verder is het per 2016 mogelijk om boven op het vastgestelde maximumtarief een hoger maximumtarief (het max-max tarief) per prestatie af te spreken. De maximumtarieven kunnen met ten hoogste 10% worden verhoogd indien dit schriftelijk is overeengekomen met de zorgverzekeraar. Deze mogelijkheid kan ruimte bieden om bijvoorbeeld innovatie te ondersteunen.

Conclusie:

De NZa ziet naar aanleiding van het bovenstaande geen gronden aanwezig de tarieven voor beeldvormende diagnostiek in afwijking van het kostprijsmodel op een ander tarief vast te stellen.

Conclusie

De NZa is van oordeel dat zij het besluit waarin de tarieven 2016 voor de beeldvormende diagnostiek zijn vastgesteld, zorgvuldig heeft genomen. De in bezwaar aangedragen gronden en de door de NZa nader uitgevoerde analyses vormen geen aanleiding om het bestreden besluit te herroepen. De NZa heeft dan ook besloten om het bezwaar ongegrond te verklaren en de bestreden tariefbeschikking ongewijzigd in stand te laten. De op 17 november 2015 vastgestelde nieuwe Prestatie- en tariefbeschikking DOT 2016, maakt voor dit onderwerp, onderdeel uit van deze beslissing op bezwaar.²⁵

²⁵ Prestatie- en tariefbeschikking Medisch specialistische zorg d.d. 17 november 2015 met kenmerk TB/CU-2066-01

Aan het verzoek om tegemoetkoming van de kosten, gemaakt in de bezwaarfase, komt de NZa eveneens niet tegemoet.

Ingevolge artikel 8:1 Algemene wet bestuursrecht (Awb) juncto 8:6 Awb juncto hoofdstuk 2, artikel 4 van Bijlage 2 Awb (Bevoegdheidsregeling bestuursrechtspraak) kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit beroep instellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven, Postbus 20021, 2500 EA 's-Gravenhage. Het beroep dient conform artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet ten minste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het beroep zich richt en de gronden van het beroep. Indien beschikbaar dient een afschrift van het besluit te worden meegezonden.

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur